

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

219
N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ÉTUDE DE L'HYPOGALACTIE

ET EN PARTICULIER

DE L'HYPOGALACTIE VESPÉRALE

SES RAPPORTS AVEC L'ALLAITEMENT MIXTE

PAR

Paulette GALLAND

Président de thèse : M. le Professeur G. POUCHET

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

71, RUE DE RENNES, 71

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N^o

249

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ÉTUDE DE L'HYPOGALACTIE

ET EN PARTICULIER

DE L'HYPOGALACTIE VESPÉRALE

SES RAPPORTS AVEC L'ALLAITEMENT MIXTE

PAR

Paulette GALLAND



Président de thèse : M. le Professeur G. POUCHET

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

74, RUE DE RENNES, 74

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

Professeurs :

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BFOCA
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Bactériologie.	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ ACHARD
	{ WIDAL
	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER
Clinique chirurgicale.	{ DELBET
	{ LEJARS
	{ HARTMANN
Clinique ophtalmologique	GOSSET
Clinique des maladies des voies urinaires	DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements	LEGUEU
	{ BAR
	{ COUVELAIRE
Clinique gynécologique	BRINDEAU
Clinique chirurgicale infantile	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique	BROCA Auguste
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	VAQUEZ
	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoulLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A M. LE PROFESSEUR POUCHET
qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

M. LE PROFESSEUR QUÉNU
CHIRURGIEN HONORAIRE DES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR MOSNY
in memoriam.

M. LE DOCTEUR GUINON
*en témoignage de reconnaissance,
et en souvenir de l'excellente année passée dans son service
de l'hôpital Bretonneau.*

M. LE DOCTEUR SIREDEY
MÉDECIN A L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

M. LE DOCTEUR HUDELO
MÉDECIN A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

M. LE DOCTEUR GRENET
MÉDECIN A L'HÔPITAL BROCA

M. LE DOCTEUR VARIOT
MÉDECIN HONORAIRE DES HÔPITAUX

*qui m'a donné le sujet de cette thèse,
et en reconnaissance des conseils et de l'enseignement
dont il m'a fait bénéficier.*

INTRODUCTION

Nous avons eu le bonheur de rencontrer à la fin de nos études médicales M. le D^r VARIOT et de profiter pendant plusieurs mois de son excellent enseignement tant à la Goutte de Lait de Belleville qu'à l'Institut de Puériculture de l'hospice des Enfants-Assistés ; c'est lui qui nous a conseillé de prendre l'étude de l'hypogalactie comme sujet de thèse. Nous nous sommes donc appliqué à rechercher ce trouble important de la sécrétion lactée chez les nourrices. A la Goutte de Lait, en particulier, nous avons pu voir défiler un grand nombre d'enfants élevés les uns au sein, les autres à l'allaitement mixte, les derniers au biberon. Nous avons interrogé les mères et avons pu nous faire une opinion personnelle sur l'hypogalactie, ses principales causes et les modalités qu'elle revêt. Nous avons, d'autre part, dépouillé les fiches d'une année. Ces fiches sont établies pour chaque enfant venant à la consultation de la Goutte de Lait et contiennent tous les renseignements le concernant : date de naissance, poids de naissance, parité de la mère, mode d'allaitement du début, actuel, poids et accroissements en poids et en taille pendant le temps où l'on a suivi l'enfant à la consultation. A mesure que nous connaissions mieux notre sujet, nous avons vu combien les opinions soutenues jusqu'ici par les auteurs avaient besoin d'être contrôlées et précisées et c'est pour cela que nous avons particulièrement porté notre attention sur la fréquence de l'hypogalactie, sujet si familier aux pédiâtres.

Mais M. le D^r VARIOT en nous parlant d'hypogalactie avait surtout en vue une de ses modalités les plus habituelles, l'hypogalactie vespérale, qu'il avait particulièrement étudiée et, après lui, nous avons pu nous rendre compte de la fré-

quence et de l'importance de cette diminution vespérale de la sécrétion lactée. Et, comme nous tenions à faire un travail pratique, puisque, en somme, dans ces questions d'allaitement, c'est le point de vue pratique qui doit de beaucoup l'emporter sur les considérations théoriques, nous avons enfin montré les conséquences que l'hypogalactie vespérale entraînait dans la réglementation de l'allaitement mixte.

Notre travail n'a pas d'autre ambition que de servir de démonstration aux idées nouvelles que M. le D^r VARIOT a émises sur ce sujet particulier de puériculture et d'être un exemple de la justesse de ses vues théoriques et de ses conseils pratiques aux mères nourrices : si notre travail atteint ce but, ce sera le meilleur remerciement que nous pourrons lui donner pour l'accueil si bienveillant qu'il a bien voulu nous faire.

CHAPITRE I

L'hypogalactie : Ses causes.

L'hypogalactie est la diminution de la sécrétion lactée dans des proportions telles que l'enfant ne trouve plus dans le sein de sa mère une quantité de lait suffisante pour son accroissement pondéral et statural. *A priori*, il semblerait logique que toute femme mettant un enfant au monde eût une quantité de lait suffisante pour le nourrir pendant les premiers mois de son existence ; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Bien des causes viennent diminuer, troubler ou même tarir cette sécrétion.

On sait que trois théories ont été émises par les physiologistes pour expliquer la sécrétion lactée : les uns, sans admettre l'absolue dépendance de la glande mammaire vis-à-vis du système nerveux, notent cependant l'influence des excitations partant du mamelon ou de la sphère génitale sur la sécrétion lactée (théorie nerveuse) ; les autres croient que cette dernière s'établit sous l'influence d'un excitant spécifique, d'une hormone, produit par le corps jaune ou l'œuf humain (théorie des hormones) ; enfin, plus récemment, on a prétendu que la sécrétion lactée ne serait, sous une autre forme, que la continuation de l'apport de substances nutritives, de la mère à l'enfant, apport qui, pendant la vie intra-utérine, était réalisé par l'intermédiaire du placenta (théorie métabolique). Que retenir de ces théories ? Si nous nous appuyons sur les faits d'observation, nous reconnaitrons qu'elles contiennent toutes trois une part de vérité.

Si, en effet, le système nerveux n'agit pas directement, cependant on ne peut nier son influence. Tout le monde sait le retentissement des émotions sur la sécrétion lactée des nour-

rices ; sa diminution, sa perversion chez celles qui ont eu une peur violente, une grande colère, un choc moral brusque. BUDIN et bien d'autres auteurs après lui ont publié de nombreux faits à l'appui de ces affirmations. De même, comment expliquer autrement que par une influence nerveuse que le meilleur stimulant de la sécrétion lactée soit la succion du mamelon ? On ne peut nier, d'autre part, les rapports étroits qui unissent les organes génitaux et la glande mammaire. Le développement de cette dernière chez les jeunes filles au moment de la puberté, l'érection du mamelon et l'engorgement des seins pendant les règles, l'aménorrhée habituelle des nourrices sont autant de faits qui établissent ce rapport. Enfin, sauf dans des cas exceptionnels, jeunes filles vierges ayant pu allaiter un enfant après l'avoir mis au sein avec persévérance, enfants nouveau-nés des deux sexes ayant une ébauche de sécrétion lactée, femmes ayant une galactorrhée coïncidant avec une affection génitale, la montée laiteuse et la sécrétion lactée ne s'établissent chez la femme qu'après, soit l'expulsion du fœtus avant terme, soit la naissance de l'enfant à terme.

Donc, toutes les femmes qui mettent un enfant au monde ont du lait ; mais beaucoup n'en ont pas une quantité suffisante, soit immédiatement, soit au bout de quelques mois. Elles ont de l'*hypogalactie*, primaire ou secondaire. Bien des causes peuvent être mises en avant pour expliquer cette insuffisance de la sécrétion lactée, les unes sont d'ordre général et par conséquent indépendantes de la mère ; les autres tiennent à des circonstances individuelles et peuvent parfois être influencées par la volonté.

Causes sociales. — Les mœurs d'une province ou d'un pays, les conditions sociales, nourrices citadines ou campagnardes, ouvrières ou paysannes, riches ou pauvres, peuvent indirectement créer des générations de bonnes ou de mauvaises nourrices. Si l'allaitement au sein n'est pas encouragé dans les classes pauvres, s'il n'est pas à la mode dans les classes aisées, les jeunes femmes deviennent, d'une génération à l'autre, et

très rapidement, de mauvaises nourrices. C'est ainsi qu'en Allemagne, en Autriche, où l'allaitement au sein est moins habituel qu'en France ou en Italie, on trouve des statistiques où plus de la moitié des femmes sont dites incapables d'allaiter : pour Escherich (Autriche), 58 o/o des femmes et pour Herdegen (Allemagne), 77,5 o/o.

Inversement, d'autres causes sociales peuvent favoriser l'allaitement maternel. M. le Dr VARIOT signalait récemment dans un article la disparition presque complète de la nourrice mercenaire depuis la guerre. Les gages élevés exigés par cette dernière, la cherté croissante de la vie font hésiter bien des jeunes femmes riches à s'imposer cette charge, et au lieu de confier leur enfant à une étrangère, elles le nourrissent elles-mêmes, ce qu'elles n'auraient pas fait si elles n'y avaient pas été contraintes par les circonstances. D'après ce que rapportent des médecins lillois sur le fonctionnement d'un dispensaire pendant l'occupation, la guerre aurait indirectement encouragé l'allaitement maternel dans les pays envahis : le lait des vaches ayant manqué dès le début de l'occupation et les usines étant fermées, les mères s'occupaient de leurs enfants et plus de 90 o/o étaient parvenues à nourrir au sein.

Les facteurs sociaux n'ont malheureusement pas toujours une répercussion aussi heureuse : la misère, la mauvaise alimentation, le surmenage dans les ateliers, dans les usines, sont bien souvent responsables du tarissement précoce de la sécrétion lactée chez les femmes des villes de la classe pauvre. La crise actuelle de chômage, en particulier, a sa répercussion chez les nourrices ; nous voyons des femmes qui jusqu'ici étaient bonnes nourrices, devenir insuffisantes et nous avouer que, le salaire de leur mari étant réduit, elles ont à peine de quoi se nourrir. Les cantines maternelles, les distributions de bons de pain, de bons de viande et d'autres œuvres sociales ne sauraient être trop encouragées. Non seulement, en effet, elles soulagent bien des misères, mais elles aident les médecins quand ils veulent encourager l'allaitement maternel.

Hérédité. — Ces causes générales ne sont malheureusement pas seules responsables de l'insuffisance de la sécrétion lactée. A celles-ci, en effet, viennent s'ajouter de multiples causes individuelles.

L'hérédité tout d'abord paraît jouer un très grand rôle : une mère qui a été bonne nourrice transmet en général cette qualité à ses filles ; inversement, une jeune femme qui n'a pas été allaitée par sa mère est souvent une nourrice médiocre. Il ne faudrait pas cependant généraliser et croire que toute femme qui a été nourrie par sa mère sera forcément elle-même une bonne nourrice. En interrogeant bien des jeunes femmes à la Goutte de Lait de Belleville, nous avons pu nous rendre compte que cette règle souffrait des exceptions. En voici un bon exemple :

OBSERVATION I. — Madame C..., primipare de 25 ans, a accouché le 19 avril 1920, d'une fillette. On a essayé pendant neuf jours, à l'hôpital Tenon où elle avait accouché, de lui faire donner le sein. Elle n'a même pas eu de montée laiteuse et a dû allaiter son enfant au biberon. Son accouchement s'était bien passé et ses suites de couches avaient été normales. Pendant sa grossesse elle avait eu de l'albumine.

La mère de cette jeune femme, par contre, a eu cinq enfants et les a tous nourris au sein.

Tempérament. — Bien que le fait soit rare, les auteurs, cependant, notent chez certaines femmes une atrophie presque complète des seins et, par suite, de l'agalactie (agalactie souvent héréditaire d'ailleurs). Ces femmes, malgré leur grand désir de nourrir elles-mêmes leurs enfants, malgré leur bonne volonté, n'aboutissent pas. Cette bonne volonté n'est pas toujours aussi manifeste ; bien des femmes, par leur manque de persévérance, par leur négligence à mettre régulièrement leur enfant au sein, par leur facilité à se décourager, sont souvent responsables de l'insuffisance de leur sécrétion lactée. On voit, par contre, des mères qui triomphent de toutes les difficultés : malformations des seins, débilité congénitale, crevasses, et mènent à bien un allaitement au sein malgré ces conditions défavorables de début. Un facteur personnel intervient donc fort souvent et l'on peut affir-

mer qu'une femme a des chances d'être une bonne nourrice, si elle le désire ardemment.

Emotions. — Dans certains cas, des facteurs moraux interviennent également pour troubler la sécrétion lactée. BUDIN avait déjà signalé que l'on voyait le même jour une diminution de poids chez tous les nourrissons d'une même nourrice, à la suite d'une grande colère de cette dernière. M. le P^r MAFAN, sous le nom « d'hypogalactie passagère des nourrices qui viennent se placer », signale la diminution passagère de la sécrétion lactée chez la nourrice mercenaire. Cette dernière, isolée de son entourage, transportée dans un milieu étranger, perd momentanément son lait sous l'influence de cette dépression morale. M. le D^r VARIOT nous a de même cité de nombreux exemples de malheureuses mères qui, pendant la guerre, ont perdu brusquement leur lait en apprenant la mort de leur mari sur le front. Nous-mêmes, en interrogeant plusieurs femmes sur les causes qui les avaient déterminées à cesser l'allaitement, avons pu nous rendre compte que chez quelques-unes une grande frayeur, une forte émotion avaient été cause d'une diminution passagère ou définitive de la sécrétion lactée. Nous nous bornerons à citer un exemple.

OBSERVATION II. — Mme F..., primipare, bonne nourrice, a été nourrie elle-même par sa mère. Elle vient pour la première fois à la consultation le 4 janvier pour faire peser son enfant, qui est d'ailleurs bien portant. Cet enfant est né le 27 octobre 1920. Voici la liste de ses poids et de ses accroissements de taille du 14 janvier au 15 février 1920 :

Date	Poids	Taille	Augmentation
4 Janvier	4.340	57	
14 —	4.550		+ 210
21 —	4.520		— 30
25 —	4.700	57,2	+ 180
1 ^{er} Février	4.900	58	+ 200
4 —	4.970	58,5	+ 70
15 —	5.230	58,7	+ 260

L'enfant ayant perdu 30 grammes du 14 au 21 janvier, nous interrogeons la mère ; l'enfant, nous dit-elle, se porte bien ; mais elle a eu elle-même le 14 au soir une grande frayeur : elle a mis le feu chez elle. L'enfant n'ayant ni vomissements, ni diarrhée, ni bronchite, nous ne pouvons attribuer sa stagnation de poids qu'à une diminution temporaire de la sécrétion lactée chez la mère, diminution due sans doute à la grande frayeur qu'elle a eue... Le 15 février la mère nous dit en venant à la consultation qu'elle a eu ses règles du 4 au 7 février. L'enfant ne paraît pas avoir souffert de cette menstruation de sa mère. Il n'a pas eu de diarrhée et il n'a eu ni diminution ni même de stagnation de poids.

Menstruation. — Nous abordons, en effet, l'examen d'une des causes fréquemment invoquées comme donnant naissance à de l'hypogalactie : la *menstruation des nourrices*. Voici les conclusions de M. le D^r VARIOT à ce sujet : « Sans altérer profondément le lait, l'apparition des règles chez une femme en lactation a une répercussion indiscutable sur sa sécrétion lactée.... Mais il ne semble pas que ces modifications aient, en général, un retentissement fâcheux sur le nourrisson. A peine note-t-on une légère diminution de poids, une diarrhée passagère, en un mot des accidents très légers et même souvent il n'y a aucune réaction. » Dans l'observation citée plus haut, nous voyons en effet que l'enfant ne paraît pas avoir souffert de la menstruation de sa mère et l'examen de la courbe de poids ne permettrait pas de se douter de cet incident. Dans la plupart des cas, la période menstruelle de la mère se traduit par une diminution passagère du poids de l'enfant. En voici un exemple, choisi parmi plusieurs autres :

OBSERVATION III. — Mme B..., primipare. Son enfant est né le 8 septembre 1919. Il est nourri exclusivement au sein.

Date	Poids	Taille	Augmentation
26 Décembre.....	5.300	58	— 20 gr. + 200
27 Février.....	6.400		
5 Mars.....	6.380		
12 — \.....	6.580		

La mère a revu ses règles pour la première fois le 27 février, c'est-à-dire dans le sixième mois de son allaitement. Les règles ont duré

du 27 février au 5 mars. L'enfant a perdu du poids pendant cette période. Après la cessation des règles, la croissance a repris son cours normal. Et la mère a continué son allaitement exclusivement au sein.

En résumé, la menstruation, qui est fréquente chez les nourrices, diminue passagèrement la sécrétion lactée, et cette diminution se traduit par une diminution, par une stagnation de poids chez le nourrisson, ou simplement par une augmentation moindre. Souvent quelques jours avant l'apparition des règles, quelques enfants ont la diarrhée. La menstruation n'est donc qu'une cause d'hypogalactie passagère et il suffit, pendant ces quelques jours, de compléter les tétées par quelques biberons de lait stérilisé.

Grossesse. — Une cause peu habituelle de diminution de la sécrétion lactée est le début d'une nouvelle grossesse chez la mère nourrice. Dans certains cas, la sécrétion lactée se tarit tout à fait, dans d'autres, elle la rend insuffisante simplement, et la mère peut continuer son allaitement en s'aidant du biberon ; enfin, si la mère est bien portante, elle peut continuer son allaitement avec succès, comme en témoigne l'exemple suivant :

OBSERVATION IV. — Madame C..., tertipare, bien portante, âgée de 30 ans. Le premier enfant a été nourri au sein ; le deuxième au biberon. Il est né en août 1914 ; la mère aurait été bouleversée par la déclaration de guerre et n'aurait pas eu de lait ; le troisième enfant est né le 17 juillet 1919. La mère l'a nourri au sein jusqu'à l'âge de 13 mois. A cette époque elle l'a sevré et se trouvait alors enceinte de quatre mois. Il s'agit là évidemment d'une excellente nourrice et d'une femme robuste et bien portante.

Causes pathologiques. — La santé ou la maladie, les tares héréditaires ou acquises interviennent aussi comme cause d'hypogalactie. Certains ont même voulu expliquer uniquement par des tares héréditaires cette insuffisance de la sécrétion lactée. Le P^r BUNGE, chimiste bâlois, notamment, conclut après une minutieuse enquête, que l'*alcoolisme* est seul responsable de l'incapacité croissante des femmes à allaiter. Par con-

tre il élimine complètement la syphilis, s'appuyant sur ce fait qu'en Orient, où cette affection est excessivement répandue, l'allaitement au biberon est inconnu. De même, pour lui, la tuberculose et les maladies nerveuses ne jouent aucun rôle dans l'hypogalactie. Nous ne croyons pas qu'il faille être aussi absolu. Bien des maladies, en effet, aiguës ou chroniques, au début ou au cours de l'allaitement, ont une répercussion sur ce dernier. On est, en effet, très souvent obligé, dans les maladies chroniques, de remplacer le sein par le biberon. La sécrétion lactée est souvent insuffisante chez les mères atteintes de maladies chroniques comme la tuberculose, par exemple. Mais il faut reconnaître que d'autres facteurs que l'hypogalactie interviennent dans ce cas pour faire cesser l'allaitement. Ce sont : la crainte d'une évolution plus rapide de la maladie et le risque de contagion.

Les maladies aiguës retentissent également sur la sécrétion lactée. Quand elles sont de longue durée, comme une fièvre typhoïde, une scarlatine, un rhumatisme articulaire aigu, elles la tarissent complètement. Pendant le cours de la maladie, on sèvre en effet ordinairement l'enfant, de crainte de fatiguer la mère, et comme la maladie est de longue durée, il est difficile ensuite de rétablir la sécrétion lactée. On a vu cependant des mères pouvoir reprendre l'allaitement au sein après une interruption assez longue. Les maladies aiguës de courte durée comme une angine, une grippe, ont des conséquences moins fâcheuses. La sécrétion lactée n'est, en effet, que diminuée et on peut continuer à mettre l'enfant au sein en s'aidant temporairement d'un supplément au biberon. Parmi toutes ces maladies aiguës, il en est qui ont un retentissement plus fâcheux que les autres, ce sont celles qui surviennent au début de l'allaitement, en particulier les suites de couches pathologiques, les hémorragies et l'infection puerpérale.

Outre ces tares héréditaires ou acquises, les maladies chroniques ou aiguës, on a accusé certains états d'insuffisance glandulaire d'être responsables de l'hypogalactie. En parti-

culier, on a voulu établir un rapport entre un certain degré d'insuffisance ovarienne et l'hypogalactie et certains auteurs ont prétendu qu'ils avaient lutté avec succès contre l'insuffisance de la sécrétion lactée par l'opothérapie ovarienne. Nous reproduisons, d'autre part, ce que dit M. Harvier sur le rapport des glandes mammaires et de la glande thyroïde: « Un fait a depuis longtemps frappé l'attention du médecin, c'est l'atrophie mammaire dans la maladie de Basedow. Il est vrai que cette atrophie marche de pair, dans cette affection, avec celle des glandes génitales. Mais inversement l'hypertrophie mammaire a été constatée dans certaines observations de myxœdème (Apert-Sainton et Fernet). Cette suppléance de la thyroïde par la glande mammaire est encore inexpliquée. Tout aussi curieux est le fait, rapporté par Djemil Pacha, d'un homme atteint d'une hypertrophie mammaire bilatérale et chez lequel l'extirpation des seins fut suivie d'un véritable myxœdème opératoire. »

Causes locales. — A ces causes générales et particulières que nous venons d'énumérer, s'ajoutent encore des causes locales pour entraver l'allaitement maternel.

Certaines femmes, et en particulier les primipares, ont des glandes mammaires insuffisamment développées, des bouts de seins rétractés, ombiliqués ou simplement peu saillants. L'enfant ne peut les saisir et provoquer, par leur succion énergique, le réflexe de la sécrétion lactée. Nous savons, en effet, que le meilleur stimulant de la sécrétion lactée est la succion énergique et répétée du mamelon. Si, par surcroît, l'enfant est débile, les choses se compliquent encore, et la mère, même si elle a une montée laiteuse régulière, voit bientôt sa sécrétion lactée, insuffisamment stimulée, diminuer et se tarir. On peut essayer d'obvier à ces inconvénients par la traite manuelle, par l'usage des tire-lait ; si la mère est persévérante et secondée par une personne intelligente, les bouts de sein finissent par se modeler, l'enfant débile se fortifie, augmente peu à peu de

poids et arrive à téter. Ces conditions se trouvent réunies quelquefois comme dans l'exemple suivant :

OBSERVATION V. — Madame B..., primipare, âgée de 28 ans, a mis au monde le 14 juin 1920 deux jumelles : Jeanne et Jeannine. Ces enfants étaient nées avant terme : à sept mois et demi. Jeanne pesait 1.500 grammes, Jeannine 2.000 grammes. Jeanne n'avait pas la force de téter, la musculature de ses lèvres étant trop faible. La mère en outre avait des bouts de sein mal formés. Jeannine arrivait à téter. Pour Jeanne, sa mère dut pendant 15 jours tirer du lait à l'aide d'un tire-lait et la nourrit ainsi à la cuiller. Nous avons vu pour la première fois ces jumelles le 29 octobre. Du 14 juin à cette date, elles n'avaient pris exclusivement que le sein, chaque enfant ayant son sein. La mère étant un peu fatiguée, on lui conseille le 29 octobre de commencer l'allaitement mixte en donnant huit tétées par jour : quatre à chaque enfant et six biberons, trois à chacune.

	Poids	Taille	
Jeanne	29 octobre 4.740	54	Pesée de la tétée matin : 120 gr.
Jeannine	— 4.890	55	

La mère est donc devenue une excellente nourrice, puisqu'elle a pu complètement nourrir ses deux enfants jusqu'à l'âge de 5 mois. Jeannine a pris en 5 mois 3.390 gr., c'est-à-dire une moyenne de 700 gr. par mois. Jeanne a pris 150 gr. de moins, mais s'est cependant bien développée.

Une mère peut donc triompher de bien des difficultés et arriver à allaiter ses enfants. Mais toutes ces conditions de succès énumérées plus haut : persévérance de la mère, usage du tire-lait, aide d'une grand'mère intelligente, sont rarement réunies et les malformations des seins et la débilité congénitale sont des causes fréquentes d'hypogalactie.

Les abcès du sein, si fréquents en particulier chez les primipares, ont un retentissement fâcheux sur l'allaitement au sein ; leurs conséquences sont d'autant plus regrettables qu'ils surviennent le plus souvent chez des femmes ayant une sécrétion lactée très abondante. Dans les cas heureux, après l'incision et le drainage de l'abcès, la mère peut reprendre l'allaitement exclusif au sein ; mais, le plus souvent, le sein qui a été le siège d'un abcès est perdu pour l'allaitement en cours. Seules les très bonnes nourrices parviennent à nourrir un enfant

avec un seul sein et nous-mêmes en avons vu des exemples très encourageants. La plupart des femmes ont de l'hypogalactie et doivent recourir à l'allaitement mixte. Quelquefois même, les deux seins ayant été atteints, la mère doit mettre l'enfant au biberon.

Unilatéralité des tétées. — Les mauvaises directions au début de l'allaitement sont enfin une cause fréquente d'hypogalactie. Certains conseils, très judicieux en eux-mêmes, mais mauvais si on les applique indistinctement à toutes les jeunes femmes, peuvent aussi contribuer à diminuer la sécrétion mammaire. Nous voulons surtout parler de l'unilatéralité des tétées. Supposant que les jeunes femmes sont toutes de très bonnes nourrices, on leur ordonne de ne donner qu'un *seul sein* à chaque tétée. La mère, suivant scrupuleusement les conseils donnés, s'obstine dans cette méthode, malgré les cris de son enfant qu'elle attribue à une autre cause. Si cependant elle le pèse, elle cède à l'évidence et conclut qu'elle n'a pas assez de lait. Elle se met alors, le plus souvent, à compléter ses tétées avec le biberon. Or, il est, dans bien des cas, inutile d'instituer un allaitement mixte. Si l'on se borne, en effet, à mettre l'enfant aux *deux* seins à chaque tétée, si l'on rapproche celles-ci, l'enfant s'accroîtra normalement et trouvera dans le sein de sa mère le supplément qui lui manquait. La sécrétion lactée, stimulée par des suctions plus fréquentes, s'accroît. En voici un exemple :

OBSERVATION VI. — Mme B..., primipare, bien portante, âgée de 23 ans. Son enfant est né le 30 septembre 1920, il pesait 3.350 à la naissance. Il est nourri exclusivement au sein par sa mère, la mère l'apporte à la consultation le 19 novembre pour la première fois. Elle nous dit que son enfant ne « profite plus » depuis plusieurs semaines et qu'elle ne doit pas avoir assez de lait. Interrogée, elle nous dit qu'elle donne un *seul sein* à chaque tétée et sept tétées par jour, une toutes les trois heures. Nous faisons peser la tétée du matin, 60 grammes, quantité manifestement insuffisante. Nous conseillons à la mère de donner le sein toutes les deux heures et demie, et de présenter les deux seins à chaque tétée ; l'enfant prend 300 grammes en 10 jours et les pesées des tétées du 29 novembre donnent matin : 110 grammes ; soir : 140 grammes. Les suctions plus fréquentes ont donc suffi par faire monter le lait de la mère.

Date	Poids	Taille	Augmentation	Pesée des tétées
19 Novembre..	3.750			
22 — ..	3.950			m = 60 gr.
29 — ..	4.100		+ 200	} m = 110 gr. s = 140 gr.
			+ 150	

Les intervalles trop longs entre les tétées diminuent la sécrétion lactée ; aussi, bien souvent, l'allaitement mixte alternant, institué pour des raisons sociales (travail de la mère au dehors) se transforme, par diminution progressive du lait de la mère, en un allaitement au biberon.

CHAPITRE II

La fréquence de l'hypogalactie.

L'hypogalactie est-elle souvent en cause dans l'abandon de l'allaitement au sein? Le pouvoir d'allaiter a-t-il diminué de nos jours? La campagne entreprise par BUDIN en faveur de l'allaitement au sein a-t-elle été couronnée de succès? Ce sont là des questions qui ont beaucoup préoccupé les pédiâtres, tant chez nous qu'à l'étranger, et, depuis une quinzaine d'années, de nombreuses statistiques ont été publiées sur ce sujet. Pour nous faire une opinion personnelle sur la fréquence de l'hypogalactie vraie, nous avons d'abord interrogé ces statistiques; puis, nous nous sommes livré nous-mêmes, à la Goutte de Lait de Belleville, à des recherches statistiques de contrôle qui, d'ailleurs, dans la question qui nous occupe, ont confirmé les chiffres des auteurs.

Dans l'exposé qui va suivre, nous appellerons *hypogalactie primaire* celle qui survient aussitôt après la naissance et qui, dans sa forme extrême, constitue l'*agalactie*; *hypogalactie secondaire* celle qui survient plus ou moins tardivement au cours de l'allaitement: cette dernière peut être *totale* si la sécrétion lactée est tarie complètement, le plus souvent elle est *partielle*.

Travaux antérieurs de statistique. — BUDIN, dans une statistique faite à la Clinique Tarnier en 1898, compte 64,4 o/o d'enfants nourris au sein, 57 o/o au biberon et 29,8 o/o à l'allaitement mixte. M. le Dr VARIOT, à sa Goutte de Lait de Belleville, trouve, en 1902, 25 o/o d'allaitements au sein, 46,1 o/o au biberon et 26 o/o d'allaitements mixtes. A la même Goutte de Lait, l'année suivante, Mme Margouliès trouve

des proportions à peu près identiques à celles de M. VARIOT.

A la même époque, M. le P^r MARFAN a publié des chiffres portant sur 109 femmes saines observées dans sa clientèle privée, et il conclut : « La proportion des femmes à peu près saines qui sont vraiment dans l'impuissance physique d'allaiter ne dépasse guère 10 o/o. »

Mme DLUSKI, dans une thèse inspirée par M. le P^r Pinard, tire les conclusions suivantes :

1° Les femmes, à peu d'exceptions près, peuvent être toutes de bonnes nourrices.

2° Plus des $\frac{4}{5}$ des femmes le sont dès le début de l'allaitement.

3° Presque toutes le deviennent après un temps plus ou moins long.

4° Les cas d'agalactie sont extrêmement rares ; l'agalactie absolue n'existe pas.

5° La nécessité d'interdire l'allaitement s'impose rarement.

6° Les multipares qui ont allaité sont meilleures nourrices que les primipares ; les complications du côté des seins (gerçures, lymphangite) sont, chez les anciennes nourrices, plus rares et moins graves.

Mme DLUSKI tire ces conclusions de l'examen de 500 femmes suivies seulement pendant les dix premiers jours de leur allaitement.

A l'étranger, les chiffres sont très différents de ceux-là, et il semblerait, à lire les auteurs étrangers, que l'hypogalactie et même l'agalactie, dont certains accoucheurs français nient l'existence, soient presque la règle.

ESCHERICH trouve sur 830 femmes que 58 o/o sont incapables d'allaiter. Herdegen sur 392 en trouve 77,5 o/o ; le professeur Bunge, dans un mémoire sur « L'impuissance croissante des femmes à allaiter », conclut que 50 o/o des femmes seulement sont capables de mener à bien un allaitement au sein (1).

(1) Notons que Bunge, pour établir sa statistique, bien pessimiste, ne tient compte que des femmes qui ont pu allaiter complètement un enfant pendant neuf mois.

En Angleterre, par contre, d'après l'enquête faite par BLAECKER, l'insuffisance mammaire chez les femmes de la classe pauvre de Londres doit être considérée comme exceptionnelle.

D'autres statistiques, sur lesquelles nous n'insistons pas, confirmeraient les précédentes. Nous condons dans le tableau de la page 22 les chiffres qui nous ont paru les plus intéressants.

Ce tableau donne lieu aux observations suivantes :

Tout d'abord il est frappant que la proportion des enfants élevés à l'allaitement mixte oscille, suivant tous les auteurs, autour de 25 0/0 (1).

Les autres chiffres sont très variables, mais ces variations ne nous arrêteront pas, car elles dépendent des circonstances où ces statistiques ont été dressées. Il est naturel, par exemple, que dans une consultation annexée à une maternité, la proportion des femmes allaitant au sein soit deux fois plus forte que dans une Goutte de Lait ou dans un dispensaire de quartier. A la Maternité, on conseille les mères dès le début et on ne les suit souvent que pendant un temps très court, témoin la statistique de Mme DLUSKI. A la Goutte de Lait, par contre, les médecins voient rarement les enfants dès la naissance et ont plutôt à redresser un allaitement mal dirigé qu'à conseiller une femme dont l'allaitement dès le début est normal. Les mères n'apportent leurs enfants à la consultation que lorsqu'ils présentent des troubles et que leur sécrétion lactée, pour des raisons diverses, est déjà tarie.

Ne retenons donc de toutes ces recherches que le fait suivant : c'est que, d'après tous les auteurs, un quart des femmes environ sont forcées de s'aider du biberon pour mener à bien leur allaitement.

En consultant nous-mêmes les fiches de la Goutte de Lait de

(1) Une seule statistique fait exception, c'est celle de la rue Ordener ; mais ce dispensaire recrute sa clientèle parmi les filles-mères et les femmes abandonnées, dont la misère provoque très vite de l'hypogalactie et qui cependant aidées dans les cantines maternelles réservées aux *nourrices* s'efforcent de continuer à donner partiellement le sein.

TABLEAU I (1)

Source de la statistique	Allaitement au sein	Allaitement au biberon	Allaitement mixte	Nombre de nour- rissons surveillés
Consultation de nour- rissons du Profes- seur Budin. Clinique Tarnier 1898	64,4 %	5,7 %	29,8 %	158
Consultation de nour- rissons. D ^r Maygrier. La Charité 1901.	66,6 %	13,6 %	19,6 %	321
Consultation de nour- rissons. Rue Ordener 1902.	29,5 %	47,3 %	20,4 %	264
Consultation de la rue Jenner. D ^r Gres- set. Dist. de lait aux filles-mères.	15,7 %	43,9 %	40,4 %	89
Goutte de lait de Bel- leville. D ^r Variot 1902	25 %	46,1 %	26 %	
Polyclinique de la rue de Picpus. D ^r Rot- schild.	35 %	48 %	16 %	434
Goutte de lait de Belleville. M ^{me} Mar- gouliès 1903.	23,4 %	56 %	19 %	252

(1) Nous empruntons ces chiffres à la thèse de M. Voix sur l'allaitement mixte (1903) et à celle de Mme Margouliès : L'œuvre de la Goutte de Lait. Contribution à l'étude de la protection de la première enfance (1903). Ce dernier travail a été fait en grande partie à la Goutte de Lait de Belleville.

Belleville pour l'année 1920, nous sommes arrivés à un chiffre analogue.

Statistique faite à la Goutte de Lait de Belleville en 1920 (1).

Les travaux précédents ne nous renseignent ni sur la date d'apparition de l'hypogalactie, ni sur sa modalité ; ce sont ces deux points que nous avons voulu préciser par deux statistiques personnelles, la première comprenant toutes les femmes venues à la Goutte de Lait de Belleville au moins une fois pendant l'année 1920, et la seconde ne retenant que celles ayant suivi la consultation régulièrement pendant plus de six mois.

TABLEAU II

Nombre total des consultantes en 1920	Allaitement au sein	Allaitement au biberon	Allaitement mixte
630	256 42,4 %	232 38,4 %	115 19,5 %

(1) Si nous confrontons la statistique faite par Mme Margouliés en 1903 à la Goutte de lait de Belleville

1903	Allaitement au sein 15 0/0	Allaitement au biberon 60 0/0	Allaitement mixte 25 0/0
------	-------------------------------	----------------------------------	-----------------------------

et celle faite par nous-mêmes à cette même Goutte de lait

1921	Allaitement au sein 34,9 0/0	Allaitement au biberon 36,65 0/0	Allaitement mixte 28 0/0
------	---------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

nous constatons que la proportion des femmes nourrissant au sein a doublé, et celle des femmes nourrissant au biberon inversement a diminué de moitié. La proportion des femmes pratiquant l'allaitement mixte étant à peu près la même. Ceci prouve bien que des facteurs moraux, sociaux interviennent dans l'adoption du biberon, l'hypogalactie n'apparaissant que comme une cause accessoire. La proportion deux fois plus grande des femmes nourrissant au sein prouve bien, quoiqu'on ait soutenu le contraire, que les Gouttes de lait et dispensaires n'encouragent pas l'allaitement au biberon mais stimulent l'allaitement maternel.

TABEAU III

Nombre des consultantes régulières en 1920	Allaitement au sein	Allaitement au biberon	Allaitement mixte
221	77 34,9 %	81 36,6 %	63 28,5 %

Si nous comparons ces deux statistiques, nous trouvons que la première comprend une plus notable proportion de femmes nourrissant au sein et cela s'explique aisément : ces dernières, en effet, ne voient pas l'utilité de suivre régulièrement une consultation, elles ne viennent à la Goutte de Lait que pour faire peser une fois leur enfant ou pour consulter à l'occasion d'un trouble léger et passager.

La proportion des enfants au biberon est sensiblement la même dans les deux tableaux.

La proportion des enfants à l'allaitement mixte est beaucoup plus faible dans le premier tableau que dans le deuxième, puisque, dans ce deuxième tableau, nous n'avons retenu que les femmes ayant suivi régulièrement la consultation pendant des mois et que l'on a essayé d'encourager le plus longtemps possible dans l'allaitement au sein : Si elles ont abandonné ce mode d'allaitement, ce n'est qu'après une insuffisance de la sécrétion lactée dûment constatée par le médecin (pesée de tétée, stagnation de poids persistante chez le nourrisson). Nous nous croyons donc autorisé à dire que ces 28 o/o de nourrices ont de l'*hypogalactie*, hypogalactie que nous appellerons *secondaire* et *partielle*, puisque ces femmes ont continué l'allaitement mixte pendant des mois et qu'au début elles allaient exclusivement au sein.

Pour établir la date d'apparition de l'hypogalactie et la parité des femmes qui la présentaient, nous avons interrogé plus particulièrement 56 femmes sur les 63 qui s'aidaient du

biberon. Ces 56 femmes ont cessé l'allaitement exclusif au sein aux dates suivantes :

TABLEAU IV

Nombre de femmes	Pourcentage	Date de cessation de l'allaitement exclusif au sein
5	7,1 %	un mois
9	16,1 %	— et demi
3	5,3 %	deux mois
2	3,6 %	—
12	21,4 %	trois mois
2	3,5 %	—
8	14,2 %	quatre mois
7	12,5 %	cinq mois
6	10,7 %	six mois
2	3,6 %	sept mois

Ces 56 femmes, d'autre part, se répartissent, quant à la parité, de la façon suivante :

TABLEAU V

Nombre	Pourcentage	Parité
27	48,2 %	Primipares
20	35,7 %	Secondipares
4	7,3 %	Tertipares
3	5,3 %	Quartipares
1	1,8 %	Quintipares
1	1,8 %	Sextipares

Enfin, sur les 81 femmes qui, dans notre tableau III, représentent celles qui nourrissent exclusivement au biberon, nous avons trouvé : 3 cas d'agalactie absolue, soit 3,6 o/o ; 14 cas d'hypogalactie primaire, soit 17,5 o/o ; 18 cas d'hypogalactie secondaire totale, soit 22,2 o/o.

Les 49 restantes n'ont pas donné le sein pour des raisons diverses : scarlatine de la mère, infection puerpérale, mort de

la mère, maladies diverses, abcès... et non pas par défaut de sécrétion lactée.

En résumé, il résulte des recherches précédentes et de nos statistiques :

1° 28 0/0 des femmes environ sont incapables d'allaiter exclusivement au sein pendant tout le cours de l'allaitement.

2° L'hypogalactie secondaire partielle est plus fréquente que l'hypogalactie primaire et que l'hypogalactie secondaire totale.

3° L'hypogalactie secondaire partielle débute le plus souvent vers le quatrième mois de l'allaitement.

4° Cette hypogalactie est beaucoup plus fréquente chez les primipares (environ 50 0/0) et devient extrêmement rare chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants.

5° La constance de cette proportion (environ 25 0/0) tant dans les statistiques citées que dans la nôtre nous incline à croire que l'hypogalactie secondaire partielle n'a pas sensiblement varié en France depuis une vingtaine d'années.

CHAPITRE III

L'hypogalactie vespérale.

L'hypogalactie que nous venons d'étudier en général et dont nous venons de formuler les lois, se manifeste habituellement chez les nourrices suivant un mode particulier qu'il nous reste à préciser. Il est très habituel, en effet, quand on interroge des femmes qui allaitent, sur la quantité de lait qu'elles donnent à leurs enfants, qu'elles vous fassent d'elles-mêmes la remarque d'une diminution de lait dans le courant de l'après-midi ; c'est un phénomène qui ne les étonne pas et qui leur semble la règle quand elles se sont donné la peine de contrôler par la balance les poids des tétées d'une journée. Mais si le phénomène n'étonne pas l'expérience des mères, il est capable d'arrêter particulièrement l'attention des pédiâtres et des physiologistes.

C'est M. le D^r VARIOT qui a proposé d'appeler « *hypogalactie vespérale* » cette diminution physiologique de la sécrétion lactée dans le courant de la journée chez les mères nourrices ; mais ce phénomène n'était pas complètement ignoré des pédiâtres. BUDIN déjà l'avait observé et il le mentionne en ces termes, à la fin d'un chapitre de son livre « Le Nourrisson », paru en 1900 : « Notons, dit-il, que certaines tétées sont plus abondantes que les autres, celles du matin par exemple, quand l'enfant a longuement dormi ; celles de la fin de la journée au contraire sont plus faibles. » Notons que BUDIN semble attribuer à l'enfant cette inégalité dans les diverses tétées de la journée. Nous ne pensons pas de même ; pour nous, en effet, la mère seule est responsable de cette diminution vespérale de la sécrétion lactée.

M. le Dr VARIOT, en janvier 1919, a fait, à la Société de Pédiatrie, une communication intitulée : « Quelques remarques sur l'allaitement mixte : l'hypogalactie vespérale », dans laquelle il a dit l'essentiel sur ce phénomène qui présente une grande importance dans la réglementation de l'allaitement mixte.

M. le professeur MARFAN, dans son *Traité de l'Allaitement*, en parle avec quelques détails à propos de la réglementation des tétées et à propos de l'allaitement mixte.

Pour savoir la fréquence de ce phénomène, nous avons interrogé au hasard quelques femmes ; nous leur avons demandé si leur enfant paraissait aussi satisfait après avoir pris le sein l'après-midi que le matin, s'il ne criait pas après certaines tétées, s'il s'endormait volontiers après son repas. Les réponses ont varié suivant les nourrices.

Les très bonnes nourrices nous ont répondu que l'enfant était toujours sage. L'une d'elles, dont nous publions plus loin l'observation (obs. XVII), femme intelligente, excellente nourrice, nous a répondu qu'elle donnait les deux seins l'après-midi, alors que, le matin, l'enfant se contentait d'un seul sein.

Les mauvaises nourrices disaient spontanément qu'elles ne devaient pas avoir assez de lait, car l'enfant était criard, dormait mal et n'augmentait pas, mais il en était toujours ainsi et elles n'avaient pas remarqué que l'enfant fût plus satisfait le matin que le soir.

D'autres enfin, les plus nombreuses, car à Paris, dans la classe ouvrière et la petite bourgeoisie, les mères sont généralement des nourrices moyennes, avaient remarqué que leurs seins étaient durs et gonflés le matin au réveil, et elles n'éprouvaient pas, nous disaient-elles, la même sensation dans le courant de la journée. Ces dernières, d'ailleurs, nous déclaraient que l'enfant était grognon après avoir pris le sein l'après-midi, alors que le matin il paraissait satisfait de son repas et s'endormait après sa tétée.

En résumé, il résulte de cette petite enquête que les nourrices se classent ainsi :

Les *très bonnes nourrices* qui ont peut-être de l'hypogalactie vespérale mais dont elles ne se rendent pas compte, puisque l'enfant ne pâtit pas.

Les *nourrices moyennes*, qui ont de l'hypogalactie vespérale avec ou sans conséquences pour l'enfant, suivant son degré.

Les *nourrices médiocres*, qui ont une sécrétion lactée à peine suffisante le matin, et complètement insuffisante dans le courant de la journée, ce qui entraîne pour l'enfant, si l'on n'y veille, les conséquences les plus désastreuses.

Pour serrer de plus près la constance et les modalités de ce phénomène, nous nous sommes livrés à un travail de statistique en pesant chez une vingtaine de femmes une tétée du matin et une tétée du soir. Pour ne pas introduire de cause d'erreur nous avons veillé à ce que rien ne fût changé dans l'horaire des repas du nourrisson ni dans la modalité des tétées. Par ailleurs, c'est au hasard que nous avons choisi les nourrices, sujets de nos observations. Nous avons condensé dans le tableau suivant nos résultats :

OBSERVATIONS	NOM	DATE DE NAISSANCE	POIDS DE NAISSANCE	DATE DE L'OBSERVATION	POIDS	TAILLE	PESÉE DE LA TÊTE	OBSERVATIONS
VII	André L.	le 10 Octobre 1920	3.400	10 Novembre 20 — 29	3.450 3.450 3.650	54,5	matin : 150 gr. soir : 100 gr.	Mère primipare, bien portante, âgée de 29 ans. Allaitement exclusif au sein. Age du lait : un mois.
VIII	Germaine L.	le 8 Octobre 1920	3.250	4 ^{er} Décembre			matin : 120 gr. soir : 100 gr.	Mère primipare, bien portante, âgée de 30 ans. Allaitement exclusif au sein. Age du lait : sept semaines.
IX	Guy L.	le 10 Octobre 1920	3.400	26 Novembre	3.950	54	matin : 70 gr. soir : 100 gr.	Mère secondipare, bien portante, âgée de 30 ans. Allaitement exclusif au sein. Age du lait : six semaines.
X	Jacques L.	le 12 Septembre 1920	3.050	1 ^{er} Décembre 6 — 9 — 11	4.000 4.250 4.300 4.350	57 57,5	matin : 130 gr. soir : 110 gr.	Mère primipare, bien portante, âgée de 26 ans. Allaitement mixte depuis le 8 décembre. On complète 3 tétées de l'après-midi avec 40 gr. d'eau bouillie. 1 cuillerée à café de lait condensé Gallia sucré. Age du lait : dix semaines.
XI	André L.	le 7 Août 1920	2.900	21 Octobre 30 — 15 — 1 ^{er} Décembre	4.400 4.550 5.000 5.400	55,5 56,5 57,7	matin : 150 gr. soir : 100 gr.	Mère primipare, bien portante, âgée de 32 ans. Allaitement exclusif au sein. Age du lait : quatre mois.
XII	Lucienne L.	le 9 Août 1920 à huit mois et demi	2.720	30 Octobre 10 — Décembre	4.200 5.400	55,5 58,7	matin : 120 gr. soir : 100 gr.	Fille-mère primipare, toussée l'hiver, pâle et amaigrie. On lait cependant continuer l'allaitement maternel car la mère mange dans une cantine réservée aux femmes allaitant au sein. Mère âgée de 23 ans. Age du lait : quatre mois.
XIII	René D.	24 Mai 1920	3.250	18 Novembre	5.350	63	matin : 120 gr. soir : 70gr.	Mère secondipare. Premier enfant il y a 18 ans. Une fausse-couche il y a 13 ans; bien portante, âgée de 40 ans. Allaitement mixte. Compléter chaque tétée avec : eau bouillie : 40 gr. Lait condensé Gallia sucré : 1 cuillerée à café. Age du lait : six mois.

XIV	Roger L.	8 Juillet 1920	3 000	9 Septembre 46 — 23 — 30 — 7 Octobre 28 — 1 ^{er} Décembre	5.090 5.300 5.590 5.700 5.950 6.200	56 57 58 58,7 59,5 61	matin : 160 gr. soir : 80 gr.	Mère primipare, bien portante, âgée de 22 ans. A eu successivement deux abcs au sein gauche en août. On a dû les inciser et les drainer. Du 27 août au 18 septembre, la mère a dû suspendre l'allaitement au sein. Le 18 septembre, la mère a repris l'allaitement exclusif au sein, ne donne qu'un seul sein. Age du lait : cinq mois.
XV	Georgette G.	14 Avril 1920	2.930	30 Avril 7 Mai 21 Novembre	3.000 3.450 7.700	49 49,7 64,5	matin : 80 gr. matin : 200 gr. soir : 100 gr.	Mère primipare, bien portante, âgée de 31 ans. Allaitement exclusif au sein. Age du lait : six mois et demi.
XVI	Geneviève R.	20 Juillet 1920	3.000	25 Novembre 29 —	5.510 5.600	59,5	matin : 180 gr. soir : 90 gr.	Mère quartipare, bien portante, âgée de 40 ans. Les premiers enfants nourris au biberon. Le troisième : 3 mois au sein, le quatrième : allaitement exclusif au sein. Age du lait : quatre mois.
XVII	Jean S.	13 Avril 1920		14 Juin 21 20 Juillet 30 Octobre 13 Décembre	4.700 5.150 5.700 7.900 8.400	57,6 57,9 60 67 68,4	matin : 150 gr. à un seul sein ; soir : un sein 40 gr. deux seins 150 gr.	Mère primipare, bien portante, âgée de 28 ans. Excellente nourrice. Ne donne qu'un seul sein le matin. Les deux seins l'après-midi. Allaitement exclusif au sein. Age du lait : huit mois.
XVIII	Jacques D.	30 Mars 1920	1.500	15 Octobre 11 Novembre 21 —	6.400 6.600 6.750	62,5 64,3 65	matin : 120 gr. soir : 50 gr.	Mère quartipare, bien portante, âgée de 40 ans. Les 3 premiers nourris exclusivement au sein. Dix ans d'intervalle entre celui-ci et les 3 autres. Allaitement mixte. Age du lait : huit mois.
XIX	B.	25 Octobre 1929	3.250	21 Janvier	3.500	52	matin : 80 gr. soir : 50 gr.	Mère primipare, bien portante, âgée de 25 ans. Allaitement exclusif au sein

En résumé, toutes les femmes que nous avons observées à l'Institut de Puériculture des Enfants-Assistés, jeunes ou âgées, primipares ou multipares, bonnes nourrices ou nourrices médiocres, avaient de l'hypogalactie vespérale. Chez la plupart, c'est un phénomène physiologique sans conséquences fâcheuses, puisque leur nourrisson, *exclusivement au sein*, s'accroît normalement. Chez d'autres, c'est un début d'insuffisance de la lactation qui peut être cause d'un début d'hypotrophie du nourrisson. Nous reviendrons sur ce point à propos de l'allaitement mixte.

Après avoir bien constaté par les nombreuses pesées de tétées rapportées précédemment que l'hypogalactie vespérale était un phénomène excessivement fréquent, nous avons voulu l'analyser de plus près et savoir à quel moment de la journée l'hypogalactie commençait à se manifester, si elle était continue ou intermittente chez la même femme pendant tout le cours d'un même allaitement. Pour ce faire, nous avons demandé à quelques femmes de peser deux à trois jours de suite toutes les tétées de la journée. Nous avons même rencontré une femme qui avait pesé toutes les tétées de son enfant depuis la naissance de ce dernier, jusqu'au jour où elle vint à la consultation ; l'enfant avait à cette date deux mois et demi. Nous choisissons, parmi les résultats obtenus, les quatre observations les plus typiques.

OBSERVATION XX. — Andrée F... : mère âgée de 27 ans, bien portante, a été nourrie elle-même par sa mère. L'enfant est né à terme le 24 octobre 1920. Il est apporté pour la première fois à la Goutte de Lait de Belleville, le 7 janvier pour être pesé. Il est bien portant et s'accroît normalement.

Date	Poids	Taille	Accroissement	Pesée des tétées d'une journée
7 Janvier	4.240			24 Janvier 1921
14 —	4.550	57	+ 210	1 ^{re} tétée : 100 gr.
20 —	4.520	57,2	— 30	2 ^e — 100 gr.
25 —	4.700		+ 180	3 ^e — 85 gr.
1 ^{er} Février	4.900	58	+ 200	4 ^e — 80 gr.
15 —	5.230	58,7	+ 330	5 ^e — 80 gr.
				6 ^e — 88 gr.
				7 ^e — 110 gr.

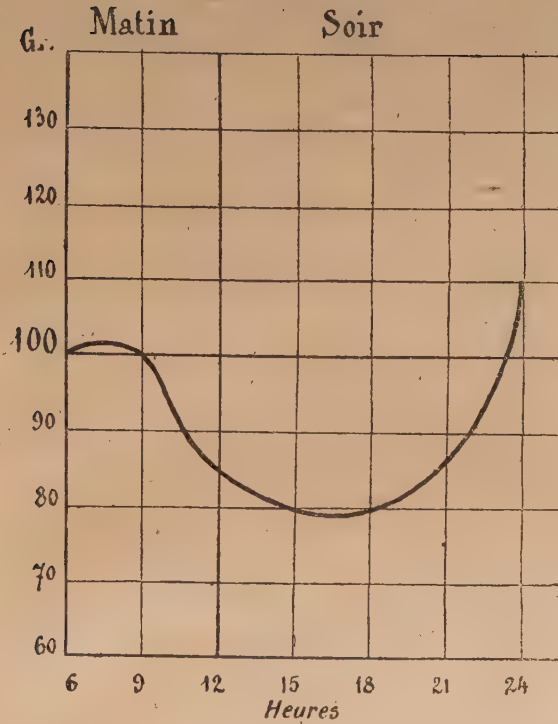


PLANCHE I

OBSERVATION XXI. — Paulette S...; mère âgée de 26 ans. Grossesse sans incidents. Mère dit n'avoir jamais été malade, mais elle est pâle et d'aspect frêle. L'enfant est bien portant et prend *exclusivement* le sein de sa mère. Il est né le 17 juillet 1921. Il pesait à la naissance 3.260.

Date	Poids	Taille	Accroissement	Pesée des tétées d'une journée	
27 Octobre	5.260	9,5		25 Novemb.	26 Nov.
30 —	5.540		+ 280	1 ^{re} tétée	130 gr. 180 gr.
4 Novem.	5.700	60,5	+ 160	2 ^e —	80 » 130 »
13 —	5.950	61	+ 250	3 ^e —	70 » 120 »
27 —	6.050	62,2	+ 200	4 ^e —	70 » 120 »
				5 ^e —	80 » 130 »
en un mois			+ 790	6 ^e —	100 » 150 »

Paulette S..., s'est développée normalement. Elle a quatre mois et demi et pèse 6.050 et mesure 62,2. Or, d'après les tables de crois-

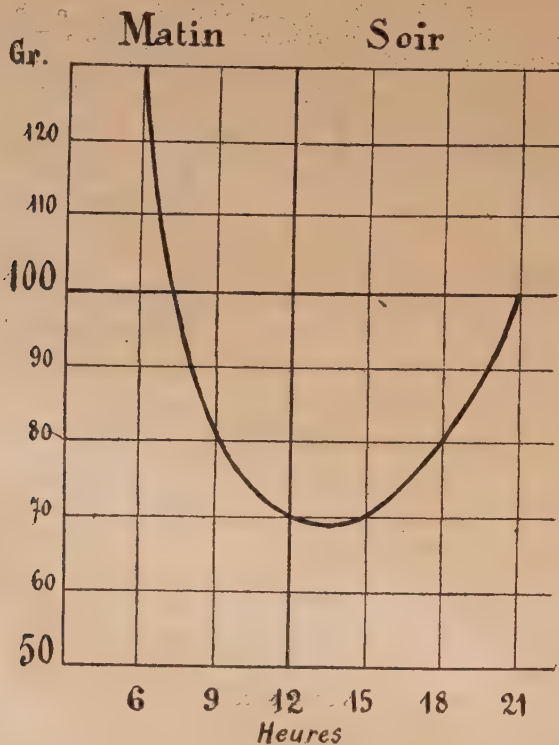


PLANCHE II

sance pondérale et staturale du docteur Variot, une fille de cinq mois nourrie au sein doit peser 6.140 et mesurer 62 centimètres. La mère est donc une bonne nourrice.

OBSERVATION XXII. — Georgette D... Mère âgée de 29 ans, bien portante. N'a pas été nourrie elle-même par sa mère, mais pour des raisons de convenance sociale. L'enfant est née le 4 décembre 1920. Elle est bien portante et est nourrie *exclusivement* au sein.

La mère a beaucoup de lait, aussi elle ne donne qu'un sein aux deux premières tétées du matin et les deux seins aux quatre autres tétées. Elle a en effet remarqué qu'elle avait moins de lait dans le courant de la journée que le matin. Elle a d'ailleurs pesé toutes les tétées.

qu'elle a données à son enfant depuis sa naissance jusqu'à aujourd'hui. En parcourant le carnet où sont consignés tous ces chiffres, nous voyons que cette mère a toujours eu des tétées moins fortes vers le milieu de la journée. Les différences ne sont pas très sensibles mais il ne faut pas oublier que la mère ne donne qu'un *sein le matin* aux deux premières tétées et les *deux seins* aux quatre autres tétées. Malgré cette unilatéralité des tétées matinales, les tétées de l'après-midi sont cependant moins fortes.

Voici quelques exemples pris au hasard.

Pesées des tétées du 12 janvier.

1 ^{re} tétée un seul sein.....	105 gr.
2 ^e — — —	85 gr.
3 ^e — deux seins	105 gr.
4 ^e — — —	80 gr.
5 ^e — — —	85 gr.
6 ^e — — —	75 gr.
7 ^e — — —	75 gr.

Pesées des tétées du 14 février.

1 ^{re} tétée un seul sein.....	125 gr.
2 ^e — — —	105 gr.
3 ^e tétée les deux seins	145 gr.
4 ^e — — —	105 gr.
5 ^e — — —	90 gr.
6 ^e — — —	100 gr.

Pesées du 15 février.

1 ^{re} tétée un seul sein.....	115 gr.
2 ^e — — —	140 gr.
3 ^e — les deux seins	120 gr.
4 ^e — — —	110 gr.
5 ^e — — —	80 gr.
6 ^e — — —	100 gr.

Poids de l'enfant pendant un mois.

21 janvier	3.990
30 —	4.015
2 février	4.220
15 —	4.340
21 —	4.440

Cette mère excellente nourrice a cependant de l'hypogalactie vespérale : elle y remédie en partie en donnant les deux seins dans le courant de la journée au lieu d'un comme le matin. La quantité de lait fournie par les *deux seins* l'après-midi n'équivaut même pas à celle fournie par un seul *sein* le matin.

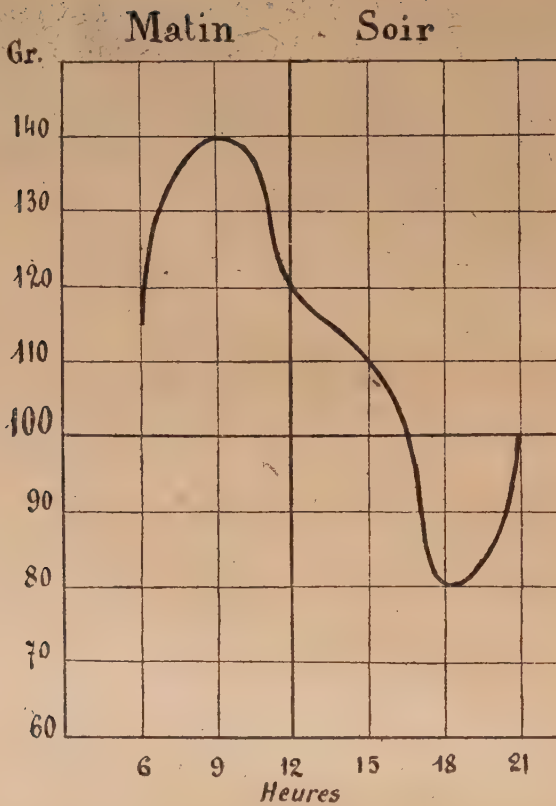


PLANCHE III

Nous avons reproduit dans trois courbes les résultats obtenus (pesées des tétées d'une journée et heures correspondantes). Si nous examinons ces courbes, nous remarquons qu'elles offrent toutes un aspect à peu près identique. Toutes, en effet, présentent un fléchissement marqué entre trois heures et six heures de l'après-midi. En général, le fléchissement de la courbe débute à midi et il atteint son maximum vers six heures du soir. A cette heure-là, la courbe remonte, la dernière tétée du soir redevenant presque aussi abondante et même aussi abondante que celles du matin.

Nous condensons en une loi, la loi de l'hypogalactie vespérale, les conclusions auxquelles nous aboutissons après cette étude :

« D'une façon presque habituelle, la quantité de lait fournie par les mères nourrices n'est pas constante d'une tétée à l'autre et ses variations obéissent à une loi : cette quantité diminue du matin au soir, dans la proportion du triple ou du double au simple ; la diminution atteint son minimum à trois heures de l'après-midi, par contre, la dernière tétée du soir redevient forte et peut égaler la plus abondante du matin. »

Nous avons voulu savoir, si un phénomène analogue se produisait chez les vaches laitières et si elles avaient moins de lait aux traites de l'après-midi qu'aux traites du matin. Voici les renseignements que nous avons obtenus à la ferme d'Autenil : Les vaches de cette ferme sont des vaches normandes, elles fournissent de 15 litres à 30 litres de lait par jour. Les heures des traites sont : le matin de 3 h. 30 à 6 heures, le soir de 2 heures à 4 heures. Bien entendu, on laisse pour chaque vache un intervalle égal entre la traite du matin et celle du soir. La quantité de lait fournie varie peu du matin au soir ; cependant, les vaches ont un peu moins de lait l'après-midi que le matin. Celles qui fournissent 8 litres le matin donnent 7 litres l'après-midi, celles qui fournissent 15 litres le matin, donnent 12 litres l'après-midi. Les vaches ont donc une hypogalactie vespérale légère.

Le lait n'est pas seulement variable en volume dans le courant de la journée et tous les auteurs ont noté que sa composition variait aussi. Ces variations, ainsi que nous l'avons contrôlé nous-mêmes, paraissent au premier abord se faire en sens inverse que celles dont nous formulons plus haut la loi et compenser ainsi la diminution volumétrique. Mais, en serrant de près ces constatations, on s'aperçoit qu'il n'en est rien et que l'hypogalactie vespérale est absolue : c'est non seulement le volume, mais le poids total des éléments constitutifs du lait qui est diminué.

De nombreux auteurs ont, en effet, étudié les variations de la composition du lait suivant des conditions déterminées : âge du lait, alimentation, phase de la tétée, etc., et ce qui nous intéresse particulièrement, *heure de la tétée*. M. BARBIER, notamment, conclut d'analyses de lait de femmes placées dans les mêmes conditions, c'est-à-dire hospitalisées, et soumises à la même alimentation, que le lait de l'après-midi est deux fois plus riche en beurre que celui du matin, que la quantité de lactose subit un léger fléchissement l'après-midi, et que le lait de l'après-midi contiendrait la quantité maxima de caséine, cette dernière variant dans des proportions assez faibles.

Nous avons nous-mêmes les résultats de l'analyse du lait de Paulette S... (observation XXI) et les résultats obtenus concordent avec ceux publiés par MM. BARBIER et BOINOT. Voici, en effet, les chiffres que nous avons trouvés en faisant une analyse du lait de Paulette S...

Lait prélevé au tire-lait (au commencement, au milieu, à la fin de la tétée) le 24 novembre, à 9 heures du matin et à 3 heures de l'après-midi :

Lait du matin : Beurre, 20 gr.; caséine, 14 gr.; lactose, 79 gr.

Lait du soir : Beurre, 41 gr.; caséine, 17 gr.; lactose, 59,68.

Des physiologistes ont fait des recherches analogues sur le lait des vaches et arrivent aux mêmes conclusions. Voici, d'après M. LANGLOIS, les résultats fournis par les analyses du lait de 25 vaches hollandaises traites à fond et soumises à une alimentation normale :

Lait du matin : Beurre, 25 gr.; sucre de lait, 27 gr. 20 ; caséine, 6 gr. 66.

Lait de midi : Beurre, 47 gr. 20 ; sucre de lait, 27 gr. 20 ; caséine, 5 gr. 70.

Lait du soir : Beurre, 36 gr. 30 ; sucre de lait, 29 gr. 60 ; caséine, 6 gr. 53.

Ces deux variations du volume et de la quantité de matières nutritives paraissent donc se faire en sens inverse quant à la valeur totale nutritive du lait, et l'on pourrait conclure de là que l'hypogalactie n'est qu'apparente, puisque le lait de l'après-

midi, une fois ou deux fois moins abondant, est plus riche en matières nutritives. Or, il résulte clairement des analyses précédentes et de nos pesées de tétées que l'augmentation, d'ailleurs partielle, de ces matières nutritives n'arrive pas d'une façon absolue à compenser la diminution volumétrique. Si, en effet, nous calculons la quantité de matières nutritives totales prises par Paulette S... le matin et l'après-midi, d'après les chiffres fournis par l'analyse du lait de sa mère et d'après les pesées de tétées, nous arrivons aux résultats suivants :

LAIT DU MATIN

Lait ingéré, 230 gr.; beurre $20/1.000 = 4$ gr. 6.

Lactose $79/1.000 = 18$ gr. 17.

Caséine $14/1.000 = 3$ gr. 22.

LAIT DE L'APRÈS-MIDI

Lait ingéré 140 gr.; beurre $41/1.000 = 4$ gr. 74.

Lactose $59,68/1.000 = 13$ gr. 72.

Caséine $17/1.000 = 2$ gr. 38.

L'enfant prend donc, l'après-midi, non seulement une quantité de lait moindre que le matin, mais encore une quantité moindre d'éléments nutritifs. Il serait facile de faire le même calcul pour tous les cas.

Causes de l'hypogalactie vespérale. — Quelle explication peut-on donner de ces faits ? Doit-on faire intervenir l'influence de la digestion ? On sait que les divers éléments du lait n'existent pas préformés dans le sang, qu'ils résultent de l'activité propre de l'épithélium mammaire, mais cependant le sang apporte les matériaux nécessaires. Le glycose du sang sert à la formation du lactose ; ses sels passent également à travers l'épithélium mammaire et, dosés par ce dernier, se retrouvent dans le lait. On ne sait rien d'absolument précis sur l'origine des éléments constitutifs du beurre et de la caséine ; on sait seulement qu'ils n'existent pas préformés dans le sang, qu'ils résultent de l'activité propre de l'épithélium mammaire, mais cependant, le sang doit apporter tous les élé-

ments nécessaires à ce travail d'élaboration de la cellule mammaire. On conçoit donc que, pendant la digestion, où ces éléments ne sont pas encore élaborés, le sang, arrivant aux glandes mammaires, soit moins riche et qu'il y ait un ralentissement dans l'activité sécrétoire mammaire. Ce qui paraît confirmer cette hypothèse, c'est que la dernière tétée du soir, alors que les phénomènes de métabolisme des aliments du repas de midi sont achevés, soit aussi abondante que la tétée du matin.

Doit-on faire intervenir la fatigue, l'exercice musculaire prolongé dans la moindre abondance des tétées dans le courant de l'après-midi? Peut-être, si l'on conclut par analogie avec les vaches. On sait, en effet, que les vaches laitières que l'on fait travailler fournissent moins de lait que celles qui restent à l'étable. Une vache laitière qui fournit cinq heures de travail donnerait 15 o/o de moins de lait ; la diminution porterait principalement sur l'eau. D'autre part, les femmes sur lesquelles nous avons fait nos observations sont, soit des femmes d'ouvriers, soit des femmes de petits employés ; non seulement elles ont à soigner leur bébé, mais à s'occuper de leur mari, de leur ménage. Le plus souvent, elles se surmènent ; or, l'hypogalactie vespérale est la règle chez elles. Sans avoir de chiffres précis, nous avons fait cependant une enquête auprès des jeunes femmes aisées nourrissant leur enfant au sein, et il nous a semblé que, chez elles, le phénomène était moins fréquent. Cependant, la dernière observation détaillée que nous publions plus haut (obs. XXII) est celle d'une jeune femme aisée, et cette dernière nous a dit que sa belle-sœur avait aussi moins de lait l'après-midi que le matin. Il ne faudrait donc pas invoquer la fatigue comme cause unique de l'hypogalactie vespérale.

Un fait nous a frappés, c'est l'absence d'hypogalactie vespérale chez les nourrices à demeure des Enfants-Assistés. Il y a dans cette nourricerie des nourrices à demeure pour allaiter les enfants trop débiles pour être envoyés dans les départements. Les enfants y sont pesés avant et après chaque tétée,

mais on ne les rationne pas, on les laisse téter « à leur appétit ». En examinant les feuilles d'observation, nous avons pu constater que les quantités de lait ingérées par les enfants, d'une tétée à l'autre, étaient essentiellement variables et irrégulières et que la tétée la plus abondante était tantôt celle du milieu de la journée, tantôt celle du matin, tantôt celle du soir.

Voici un exemple :

OBSERVATION XXIII. — Nourrice, âgée de 19 ans, primipare; bien portante. Son enfant est né le 29 août 1920. Il pesait 3.250. On confie à cette femme qui est une très bonne nourrice un enfant débile qui pèse le 15 octobre 1.720 grammes. Cet enfant est né le 6 septembre 1920 à sept mois et demi, pesant 1.920 gr.

Pesées des tétées prises par l'enfant le 15 octobre.

Poids de l'enfant 1.500 gr.

1 ^{re} tétée.....	40 gr.
2 ^e —	40 gr.
3 ^e —	20 gr.
4 ^e —	55 gr.
5 ^e —	60 gr.
6 ^e —	50 gr.
7 ^e —	70 gr.
soit	335 gr.

Pesées des tétées	1 ^{re} tétée	60 gr.
du 15 novembre	2 ^e —	65 gr.
	3 ^e —	80 gr.
	4 ^e —	70 gr.
	5 ^e —	80 gr.
	6 ^e —	60 gr.

On voit donc, d'après ces chiffres, que les tétées des débiles, l'après-midi, ne sont pas inférieures à celles du matin; ceci est en contradiction absolue avec ce que nous avons essayé de démontrer précédemment, mais nous croyons pouvoir expliquer cette anomalie par les conditions très différentes dans lesquelles sont placées ces nourrices sédentaires de celles des femmes que nous avons observées à la consultation. Ces dernières, en effet, sont ou bonnes ou moyennes nourrices, mais pas spécialement adaptées à cette fonction :

les premières, par contre, sont *a priori* choisies parmi les meilleures nourrices, parmi celles ayant déjà fait leur preuve comme telles, parmi celles qui ont la lactation la plus abondante et la plus régulière. Elles vivent, en outre, à demeure à l'hôpital, sont déchargées de tout travail, délivrées de tout souci matériel et moral ; les femmes venant à la consultation, par contre, mènent une vie ordinaire avec toutes les obligations, les charges, les soucis et les fatigues qu'elle impose. Enfin, les enfants qu'on confie à ces nourrices sédentaires sont débiles, ils n'épuisent probablement pas la quantité de lait que celles-ci peuvent fournir. Au contraire, les femmes sur lesquelles ont porté nos observations, avaient des enfants bien portants et s'accroissant normalement. Il ne faudrait cependant pas croire que la part de l'enfant soit grande dans l'inégalité des tétées à l'état physiologique et qu'elle dépende de l'appétit plus ou moins prononcé de ce dernier. Cette inégalité se rapporte avant tout à l'activité variable de la sécrétion lactée de la mère. Ces affirmations s'appuient sur les observations faites par M. le D^r VARIOT, en collaboration avec son interne, Mme C..., mère de deux jumeaux qu'elle avait allaités pendant plusieurs mois au sein, chaque enfant ayant son sein. Après avoir pesé méthodiquement toutes les tétées, voici les conclusions auxquelles elle était arrivée : « Les deux jumeaux prennent de fortes tétées aux mêmes heures, les tétées faibles coïncident généralement. La quantité de lait prise à chaque tétée par les deux bébés est sensiblement la même, de 5 à 20 gr. près. La quantité de lait prise dans les vingt-quatre heures est très voisine chez les deux bébés. La quantité de lait varie parfois du simple au double, souvent d'un tiers d'une tétée à l'autre. *Les tétées fortes ont lieu le matin, à six heures et à dix heures, les tétées faibles sont à partir de midi, à trois heures et à six heures.*

7 février. — 10 h. matin : Louis 175 gr., André 160 gr.;
8 h. du soir : Louis 105 gr., André 100 gr.

23 mars. — 10 h. matin : Louis 190 gr., André 180 gr.; 8 h.
soir : Louis 130 gr., André 125 gr.

15 juillet. — 10 h. matin : Louis 230 gr., André 220 gr. ;
8 h. soir : Louis 160 gr., André 160 gr. »

M. le D^r VARIOT conclut : « Ces chiffres sont démonstratifs et ne laissent aucun doute sur le rôle prédominant de la mère dans l'hypogalactie vespérale. » Nous nous croyons donc autorisés, à notre tour, à dire que, dans les conditions ordinaires d'observation, l'hypogalactie vespérale est la règle et dépend de la mère ; il faut en tenir le plus grand compte dans la réglementation de l'allaitement mixte.

CHAPITRE IV

L'allaitement mixte et l'hypogalactie.

Nous avons, dès le début de notre travail, dit que nous voulions étudier l'hypogalactie sous toutes ses formes et suivant les modalités qu'elle revêt pour en déduire des conséquences pratiques. En effet, dans ces questions d'allaitement, c'est le point de vue pratique qui doit de beaucoup l'emporter sur les considérations théoriques. Or, la connaissance de l'hypogalactie et en particulier de l'hypogalactie vespérale, a une importance considérable dans la réglementation de l'allaitement mixte.

Ce mode d'allaitement est quelquefois institué pour des raisons de convenance personnelle de la mère et surtout par nécessité sociale (travail au dehors de la mère), ou bien conseillé à une mère allaitant son enfant quand celui-ci présente une diarrhée persistante ou de l'eczéma. Dans ce cas, bien que la ration prise par le nourrisson soit normale, l'allaitement mixte est indiqué à titre thérapeutique et fait partie de la méthode générale des « *mutations lactées* » préconisée par M. le D^r VARIOT.

L'allaitement mixte est surtout indiqué dans l'hypogalactie. Nous allons donc étudier cette forme d'allaitement dans toutes les variétés d'hypogalactie vues précédemment, nous réservant d'insister sur l'hypogalactie vespérale.

Il y a deux façons de régler un allaitement mixte. La première consiste à alterner une tétée et un biberon, et même, dans certains cas, à ne donner que deux à trois tétées par jour, les autres étant remplacées par des biberons. On appelle cette méthode : *l'allaitement mixte alternatif*. En principe, on ne doit jamais le conseiller, car il conduit rapidement à l'al-

laiteusement au biberon. La sécrétion lactée, stimulée à des intervalles trop éloignés, se tarit rapidement ; l'enfant, en outre, ayant moins d'efforts à faire pour prendre le biberon que le sein, refuse obstinément ce dernier qui, souvent, ne contient plus qu'une faible quantité de lait. Si la mère est obligée de travailler au dehors, il faudra cependant le conseiller, car il est supérieur au biberon, mais il ne faudra pas se faire d'illusions ni oublier que ce n'est qu'un pis-aller. Le plus souvent, on ne fera que gagner du temps ; bientôt, en effet, l'enfant sera mis au biberon. En voici un exemple :

OBSERVATION XXIV. — G. P..., née à 8 mois le 10 octobre 1920, pesant 2.180 à la naissance. La mère a 17 ans et n'est pas mariée. Elle vient pour la première fois à la consultation le 25 octobre. L'enfant pèse 2 kgr 600 et mesure 45 cm. 5. L'enfant est nourri au sein ; la pesée de la tétée du matin donne 80 grammes. On conseille à la mère qui reçoit un faible secours de son patron de continuer à nourrir son enfant pendant quelques semaines jusqu'à ce qu'il ait atteint le poids de naissance d'un enfant normal à terme. Aidée des conseils médicaux, secourue et visitée par les dames visiteuses, la mère continue à donner le sein jusqu'au 1^{er} décembre. A cette date l'enfant pèse 3.450 et mesure 49 centimètres. Il a donc pris 850 grammes en cinq semaines. La mère se place et met son enfant dans une crèche, elle lui donne le sein le matin, à midi et le soir ; dans l'intervalle il prend 3 bibérons composés chacun de 3 cuillerées à café de lait condensé sucré dans 120 grammes d'eau bouillie. En deux mois l'enfant ne prend plus que 450 grammes. Le 1^{er} février il pèse 3.900 et mesure 53,5. L'enfant qui se développait normalement au sein de sa mère, s'accroît mal à l'allaitement mixte alternatif. La mère d'ailleurs a sevré l'enfant le 15 février, car elle n'avait plus assez de lait.

On voit donc, d'après cet exemple navrant, combien cette méthode donne de fâcheux résultats. Si l'on veut que la mère conserve son lait pendant plusieurs mois, il faut instituer : *l'allaitement mixte complémentaire*, qui consiste à compléter chaque tétée déficiente par une quantité de lait égale à la diminution de la tétée. Pour bien le régler, il faut donc fixer à la mère la ration quantitative quotidienne, totale et partielle, que doit prendre son enfant, étant donné sa taille et son âge, faire peser l'enfant avant et après chaque tétée et compléter celle-ci jusqu'à concurrence de cette ration. Les mères soi-

gneuses s'imposeront seules ce travail ; mais le médecin pourra suppléer à la négligence des autres, en tenant compte des notions établies précédemment. Il fera peser une tétée du matin à la consultation, fixera d'après le chiffre obtenu la ration complémentaire du matin et, sachant, *a priori*, que la quantité de lait fournie par la mère diminue d'un tiers environ l'après-midi, augmentera la ration complémentaire de l'après-midi d'un tiers de plus. Cette notion de la moindre abondance des tétées de l'après-midi n'est d'ailleurs pas ignorée des mères qui, d'après nos conseils, ont pesé toutes leurs tétées pendant une quinzaine de jours. Elles nous ont dit qu'elles ont pu, dans la suite, s'abstenir de ces pesées multiples et mener à bien un allaitement mixte complémentaire pendant des mois. L'exemple suivant le prouve :

OBSERVATION XXV. — Fernande N..., née le 5 avril, 1920 pesant 4.000. La mère est bien portante, a essayé de nourrir son enfant au sein; la lactation cependant doit être insuffisante car l'enfant perd du poids; le 30 avril il pèse 3.210 et mesure 53 cm. Du 30 avril au 7 mai on le laisse cependant au sein pour vérifier les dires de la mère; après lui avoir conseillé de donner chaque fois les deux seins, et de donner une tétée toutes les deux heures et demie. En 8 jours l'enfant ne prend que 70 grammes. On dit alors à la mère de peser son enfant avant et après chaque tétée et de compléter jusqu'à 80 grammes. L'enfant se met à se développer normalement, la mère pèse toutes les tétées régulièrement pendant un mois, puis à partir de cette date pèse tous les 15 jours une tétée du matin; pour les tétées de l'après-midi, elle admet qu'elle a un tiers de lait en moins et complète donc avec un tiers de lait de plus que le matin. Nous donnons la courbe de croissance pondérale et staturale de cet enfant, qui a continué à avoir le sein de sa mère jusqu'à l'âge de 11 mois. Nous voyons d'après elle combien la croissance de cet enfant a été régulière et harmonique. voir pl. IV p. 47.

Ces notions d'hypogalactie vespérale rendent donc de grands services aux médecins et aux mères et permettent de simplifier dans bien des cas la réglementation de l'allaitement mixte. On peut, en effet, grâce à elles, arriver à le régler en se bornant à la pesée d'une tétée du matin et du soir. Elles permettent, d'autre part, de régler l'allaitement mixte d'une façon précise, d'éviter de donner des suppléments inutiles en complétant seulement les tétées déficientes. Il arrive que des mères

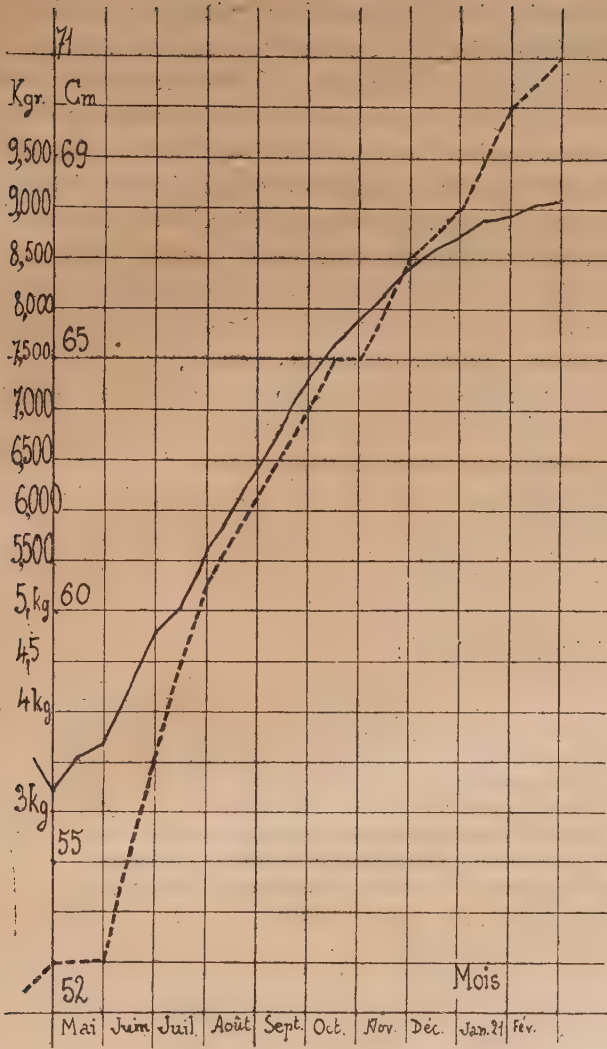


PLANCHE IV

allaitant au sein viennent consulter, soit parce que leur enfant a de la diarrhée glaireuse, ou des vomissements, ou de la constipation ; si, en outre, il est en stagnation de poids ou s'accroît faiblement depuis une dizaine de jours, nous en concluons que la sécrétion lactée devient insuffisante. Ces signes de sous-alimentation et une stagnation de poids persistante justifient cette conclusion. Pour la vérifier, nous ferons peser la tétée du matin ; si la quantité de lait fournie est manifestement inférieure à la ration normale, nous dirons à la mère de compléter toutes ses tétées ; mais il arrive très souvent que la quantité de lait fournie le matin correspond *exactement* à la ration normale. Nous n'en concluons cependant pas que la mère a assez de lait, mais lui conseillerons de commencer par compléter seulement une à deux tétées de l'après-midi. Un supplément inutile le matin devient nécessaire le soir. Bien souvent, il suffit de compléter une *seule tétée* du soir pour que l'enfant jusqu'ici en stagnation de poids s'accroisse normalement.

En voici un exemple :

OBSERVATION XXVI. — Georges T..., né le 2 septembre 1920. Mère primipare, bien portante. L'enfant a été nourri complètement au sein jusqu'au 10 décembre. A partir de cette date l'enfant perd du poids. Du 10 au 24, il perd 50 grammes. Il ne présente pas d'autres troubles. La mère nous dit être très fatiguée. On fait peser la tétée du matin le 10 décembre, l'enfant prend aux deux seins 110 grammes. Il est âgé de plus de trois mois et mesure 57 centimètres. Si nous calculons sa ration comme le préconise M. le Dr Variot, cet enfant doit prendre à chaque tétée $\frac{57 \times 14}{7} = 114$ grammes.

La ration fournie par la mère le matin, 110 grammes, est donc suffisante, mais cette quantité de lait s'abaissera dans l'après-midi. d'après ce que nous avons dit de l'hypogalactie vespérale, à 80 gr, et même 60 grammes. On fera donc compléter trois tétées de l'après-midi avec 40 grammes d'eau bouillie et une cuillerée à café de lait condensé Gallia sucré. L'enfant qui perdait du poids, prend en 7 jours, 410 grammes, c'est-à-dire plus de 60 grammes par jour. Cette augmentation rapide de poids est la règle chez les enfants dont la ration n'était pas suffisante et à qui on la complète tout à coup. Ils reprennent ensuite un accroissement normal et régulier.

Dates	Poids	Taille	Accroissement
10 Décembre.....	4.880	57	— 50
24 —	4.830		— 50
31 —	5.240	58,5	+ 410
14 Janvier.....	5.780		+ 540
25 —	5.820		+ 40

Dans le cas que nous venons de citer, on a dû compléter trois tétées de l'après-midi, mais il aurait été absolument inutile de donner un supplément le matin.

On s'inspirera donc des principes suivants dans la réglementation d'un allaitement mixte au cours d'une hypogalactie:

a) Ne jamais alterner le sein et le biberon, faire vider les deux seins à chaque tétée et ne compléter au biberon qu'ensuite, et seulement si la ration est insuffisante.

b) Pour savoir si la ration prise au sein est suffisante, faire peser l'enfant avant et après chaque tétée ; tenir un très grand compte de l'abondance moindre des tétées de l'après-midi et commencer par faire seulement compléter ces dernières. Bien souvent ce supplément vespéral suffira. Si l'hypogalactie est très prononcée, faire compléter d'emblée toutes les tétées.

c) N'instituer un allaitement mixte que lorsqu'un enfant présente une stagnation de poids persistante ; à plus forte raison, l'instituer si à cette stagnation de poids persistante s'ajoutent des signes de sous-alimentation : vomissements, constipation ou diarrhée glaireuse.

Cette méthode s'applique à toutes les variétés d'hypogalactie, sauf, bien entendu, à l'hypogalactie secondaire totale. L'allaitement mixte ainsi entendu donnera d'excellents résultats. Il pourra être poursuivi pendant de longs mois ; la mère, en effet, continuera à avoir du lait, car sa sécrétion sera stimulée régulièrement. Grâce au lait maternel, l'enfant assimilera mieux le lait de vache. D'après les observations des pédiâtres,

c'est avec ce mode d'allaitement que l'on obtient des enfants la croissance la plus régulière.

Etant donné la fréquence relative de l'hypogalactie, il faudra souvent le conseiller, et nous croyons que cette notion d'hypogalactie vespérale ne sera pas inutile pour le régler physiologiquement.

CONCLUSIONS

1° L'hypogalactie est un phénomène produit par des causes multiples dont les unes sont d'ordre général et social et dont les autres tiennent à des circonstances individuelles.

2° La fréquence de ce phénomène a été très diversement appréciée par les auteurs ; nous avons cependant cru pouvoir déduire cette fréquence des statistiques classiques et des nôtres, en nous basant sur la constance de la proportion des enfants à l'allaitement mixte. Nos déductions se résument ainsi :

a) 28 o/o des femmes environ sont incapables d'allaiter exclusivement au sein pendant tout le cours de l'allaitement.

b) L'hypogalactie secondaire partielle est plus fréquente que l'hypogalactie primaire et que l'hypogalactie secondaire totale.

c) L'hypogalactie secondaire partielle débute le plus souvent vers le quatrième mois de l'allaitement.

d) Cette hypogalactie est beaucoup plus fréquente chez les primipares (environ 50 o/o) et devient extrêmement rare chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants.

e) La constance de cette proportion (environ 25 o/o) tant dans les statistiques antérieures que dans la nôtre nous incline à croire que l'hypogalactie n'a pas sensiblement varié en France depuis une vingtaine d'années.

3° L'hypogalactie se manifeste habituellement sous une forme particulière : l'hypogalactie vespérale.

4° La quantité de lait fournie par les mères nourrices n'est pas constante d'une tétée à l'autre et ses variations obéissent à une loi : cette quantité de lait diminue du matin au soir dans la proportion du double au simple ; la diminution atteint son minimum à trois heures de l'après-midi ; par contre, la der-

nière tétée du soir redevient forte et peut égaler la plus abondante du matin.

5° Deux causes paraissent influencer cette diminution sécrétoire : la lenteur du métabolisme des aliments pris au repas de midi, après le jeûne prolongé de la nuit, et, d'autre part, la fatigue musculaire de la mère dans le début de la journée.

6° L'allaitement mixte trouve justement dans cette hypogalactie vespérale la principale de ses indications.

7° Cet allaitement mixte doit avoir pour but, dans ce cas, de compléter les tétées déficientes de l'après-midi par une quantité de lait égale à la diminution de la tétée.

8° La constatation de l'hypogalactie vespérale permet donc de compléter régulièrement l'allaitement au sein, en tenant compte des variations physiologiques de la sécrétion lactée, qui s'observent aussi bien chez la femme que chez les animaux.

VU

ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur
de l'Académie de Paris,
APPELL.

VU

Le Président,
E. POUCHET.

VU

Le Doyen
de la Faculté de Médecine,
H. ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- BARBIER et BOINOT. — Note sur les variations de la composition du lait de femme et sur quelques influences qui peuvent la provoquer. *Société de Pédiatrie* (1906).
- BLAECKER. — Allaitement dans la population pauvre de Londres, *Médical Chronicle, Médecine Moderne* (Mai 1900).
- BUDIN. — Troubles nerveux chez les nourrices. Retentissement immédiat sur le nourrisson. *L'Obstétrique* (1896).
- BUDIN. — Le nourrisson, (1900).
- BUDIN. — Manuel pratique d'allaitement. Hygiène du nourrisson.
- BRETON-PONCET-DUCAMP. — Fonctionnement d'un dispensaire d'assistance aux enfants du premier âge et mortalité infantile à Lille pendant l'occupation allemande. *Le Nourrisson*, 1919.
- BULLER. — Ursachen des Nischstillens in *München Jahrb. f. Kinderk.*, (1887).
- BUNGE. — De l'impuissance croissante des femmes à allaiter leurs enfants. Causes de cette impuissance et moyens d'y remédier.
- COMBY. — Dictionnaire d'hygiène des enfants, (1901).
- DEVAL. — Sur les variations de la composition du lait de femme. *Presse Médicale* (1905).
- DUNÊME. — Sur la durée de l'allaitement exclusif au sein chez les mères nourrices de la classe ouvrière. Thèse Paris, 1902.
- Mme DLUSKI. — Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. Thèse Paris, 1904.
- Mlle ENTZ. — Consultation des nourrissons et allaitement. Thèse Paris, 1900.
- LANGLOIS. — Le mécanisme de la lactation. *Presse Médicale* (1909).
- LEPAGE. — Sur la façon de diriger l'allaitement maternel. *Revue prat. d'Obs. et de Péd.* (1894).
- Mme MARGOULIES. — L'œuvre de la Goutte de lait. Contribution à l'étude de la protection de la première enfance. Thèse Paris, 1903.
- MARFAN. — Traité de l'allaitement, 1920.
- NOBÉCOURT. — Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons.
- PERRIN. — Influence du mercure sur la sécrétion lactée. Thèse Paris (1911).

REYNIER. — Contribution à l'étude des anomalies de la sécrétion lactée. *Thèse Paris* (1912).

H. DE ROTSCILD. — L'allaitement mixte et artificiel. *Bibliographia Lactaria*. O. Doin, 1901.

G. VARIOT. — Traité d'hygiène infantile. O. Doin, 1910.

— Quelques remarques sur l'allaitement mixte, l'hypogalactie vespérale. *Société de Pédiatrie* (1919).

— Nouvelles observations sur l'inégalité des tétées des nourrissons au sein et sur l'allaitement des jumeaux. *Gazette des Hôpitaux* (1919).

G. VOIX. — L'allaitement mixte. *Thèse, Paris* (1903).

